

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления»
(ВСГУТУ)
Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия

ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

FORMS AND METHODS OF SOCIAL WORK IN DIFFERENT SPHERES OF LIFE

Материалы
V Международной научно-практической конференции,
посвященной 25-летию социальной работы в России

8-9 декабря 2016 г.

Улан-Удэ
Издательство ВСГУТУ
2016

Несмотря на то, что во многих странах проводится большое количество исследований в области психологии посттравматического стресса, проблема изучения негативных психологических последствий, возникающих в результате воздействия стрессовых факторов, источником которых являются различные психотравмирующие события, остается практически неразрешенной, а сведения, содержащиеся в литературе, противоречивыми. Среди этих недостаточно разрешенных проблем посттравматического стресса особое место занимает посттравматический стресс у детей, переживших горе и утрату близкого человека.

Проблема посттравматического стресса у детей, переживших горе и утрату близкого человека, относится к числу очень важных и в то же время наименее разработанных проблем психологии. Необходимость изучения подобных проблем обуславливается также высоким индексом смертности среди населения Монголии. По данным ученых, в 2014 году, по сравнению с 2004 годом, общая численность смертности выросла на 8,12 % [2].

Смерть близкого человека не только для взрослых, но и для детей является сильнейшим травматическим событием. Его последствия были изучены и описаны с начала XX века. Большинство ученых, занимающихся данной проблемой, считают, что у детей, переживших горе и утрату близкого человека, отмечаются признаки посттравматического стресса: навязчивое вспоминание травматического события, тоска по умершему человеку, ощущение ребенком своей беспомощности и мысли о невозвратимости умершего человека, а также попытки самоубийства [3, 5].

В Монголии до сих пор практически не изучены последствия посттравматического стресса у детей, переживших горе и утрату близкого человека. В связи с этим мы пытались изучить особенности последствий посттравматического стресса у детей, переживших горе и утрату близкого человека. Объектами исследования явились 57 детей, переживших горе и утрату близкого человека. Их средний возраст обследованных детей составил $12,05 \pm 0,25$. Применялись анамнестический и экспериментально-психологический методы исследования, а также методы наблюдения и беседы. В работе использовалось «Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей» [1].

По данным интервью для выявления признаков посттравматического стресса, обследованных нами детей, можно разделить на 2 группы: контрольная и экспериментальная. В контрольную группу вошли дети, не имевшие травматического опыта, а экспериментальную группу составили дети, имеющие травматический опыт, вызванный горем и утратой близкого человека. Состав обследуемого контингента детей представлен в таблице 1.

Таблица 1 - Соотношение детей по степени посттравматического опыта

Испытуемые	Колич. испытуемых	Всего
Дети, не имеющие травматического опыта	5	57
Дети, имеющие травматический опыт	52	

Данные относительно распространенности посттравматического опыта в рассматриваемых нами выборках полностью соответствуют результатам исследований, опубликованных в других странах [4].

Результаты исследования, проводившего с помощью интервью для выявления признаков посттравматического стресса, даны в таблице 2.

Таблица 2 - Средние значения показателей опросника в контрольной и экспериментальной группах

Гр. испытуемых	Критерии опросника											
	Необ. опыт (А)		Навяз. вспом. (В)		Упор. избег. (С)		Возрас. напр. (D)		Пост. наруш. (F)		Об. оцен. (OB)	
	М	δ	М	δ	М	δ	М	δ	М	δ	М	δ
Контр. гр.	-	-	1,2	0,0	1,4	1,0	0,3	1,1	0,5	0,1	3,4	1,0
Экспер. гр.	4,8	0,3	6,5	0,1	7,1	0,2	5,1	0,9	2,3	1,0	25	3,2

При проведении основной части интервью у детей экспериментальных групп были отмечены очень высокие показатели по всем критериям, особенно, критериям В (навязчивое воспроизведение посттравматического опыта), С (упорное избегание любых стимулов, связанных травмой) и общих оценок (OB). По нашему мнению, тоска по умершему человеку, мысли о невозвратимости умершего человека могут приводить к навязчивому вспоминанию пережитых детьми событий. Нельзя исключить того, что ребенок, переживший горе и утрату близкого человека, сознательно избегает любых разговоров, игр, событий, напоминающих пережитые им травматические события, для того чтобы забывать неприятные воспоминания, чувство горечи, испытывшие во время травматических событий.

Повышенная чувствительность нервной системы детей младшего школьного возраста и их возрастные особенности, а также незрелость их организма, неполное формирование многих функций, несомненно, играют большую роль в возникновении их посттравматического стресса. Кроме вышеперечисленных, нельзя исключить и другие влияния, способствующие формированию посттравматического стресса. К ним могут относиться социальное окружение, забота родственников и учителей о детях, внутрисемейная атмосфера, стили воспитания и т. д.

Обобщая результаты экспериментально-психологических исследований, проведенных на монгольских выборках, можно сделать следующие общие выводы:

1. Смерть человека является одним из факторов риска развития посттравматического стресса у детей.
2. Центральное место среди последствий посттравматического стресса, обусловленного горем и утратой близкого человека, у детей занимают такие проявления посттравматического стресса, как навязчивое вспоминание и упорное избегание любых стимулов, напоминающих пережитые травматические события, а также стабильные психологические проблемы, связанные с перенесенной травмой.
3. Посттравматический стресс, вызванный горем и утратой близкого человека, оказывает тормозящее влияние на личностную и когнитивную сферы ребенка.

Список литературы

1. Нямаа Ж. Психологические последствия посттравматического стресса у монгольских и российских детей. Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – Москва, – «Типография МПГУ», – 2011, – 264 с.
2. Статистический ежегодник Монголии 2014. Под редакцией: С. Мэндсайхан, Р. Содхуу, Т. Гантимур, А. Дэмбэрэл, Х. Бажийхуу. – Улан-Батор, – «Издательство НСК», – 2014, – С. 103-130 (на монгольском языке).
3. Doctor R.M., Shiromoto F.N. The Encyclopedia of Trauma and Traumatic Stress Disorders. –New York: –«Pacts on File», –2009, –PP. 16-42.
4. Fairbank J.A., Fairbank D.W. Epidemiology of Child Traumatic Stress // Current Psychiatry Reports. –2009. –Vol. 11, –№ 4, –August, –PP. 289-295.
5. Understanding Child Traumatic Stress. Edited by A.R. Atkinson. – New York, – «Pacts on File», – 2008, – PP. 21-55.

УДК 616.248:616.33/34-036.82-053.2

Каличевская М.В., Клімова О.В., Соломенко М.В.*

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, г. Днепр, Украина

ООО «Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины»*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

В статье рассматриваются особенности течения бронхиальной астмы у детей с сопутствующей патологией верхних отделов пищеварительного тракта и вопросы реабилитации данного контингента больных.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, патология пищеварительного тракта.

*Kalichevskaya M.V., Klimova O.V., Solomenko M.V.**

State Institution «Dnepropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine», Dnipro, Ukraine

*Dnipropetrovsk Medical Institute of Conventional and Alternative Medicine**

FEATURES OF ASTHMA AND REHABILITATION IN CHILDREN WITH CONCOMITANT GASTROINTESTINAL PATHOLOGY

The article is devoted to the peculiarities of asthma in children with concomitant pathology of the upper gastrointestinal tract and the rehabilitation of the patients.

Keywords: asthma, children, pathology of the gastrointestinal tract

Одной из актуальных проблем современной медицины является охрана здоровья детей, снижение заболеваемости и детской смертности, обеспечение возможности нормального развития ребенка. За последние годы во всем мире отмечается тенденция к увеличению заболеваемости бронхиальной астмой (БА) у детей, при этом возрастает число тяжелых форм заболевания, ухудшается качество жизни больных детей в результате ограничения их физической и социальной активности [1, 4]. Основной целью терапии БА является улучшение качества жизни больного за счет постоянного контроля симптомов заболевания, однако полный контроль симптомов отмечается всего у 5-30% больных [2]. В то же время эффективная реабилитация больных возможна лишь при комплексном воздействии на организм ребенка, в том числе и на сопутствующие заболевания, хронические очаги инфекции и т.д. Одной из причин затруднений при достижении контроля над симптомами БА является наличие сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [3], которые, в свою очередь, занимают 2-е место в структуре распространенности среди заболеваний у детей. Своевременная диагностика и лечение бронхиальной астмы в лечебных учреждениях ведет к снижению прогрессирования заболевания, однако для полного медико-социального решения этой проблемы требуется внедрение реабилитационного лечения, что позволит снизить потери по нетрудоспособности и улучшить качество жизни больного.

Цель исследования: изучить влияние сопутствующей патологии верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) на течение и параметры контроля симптомов БА и разработать прогностическую модель риска развития патологии ЖКТ у детей с БА.

Материал и методы исследования. Обследовано 120 детей и подростков с БА в возрасте от 6 до 18 лет. При клинико-эндоскопическом обследовании у 78 детей (I группа) выявлена патология ВОПТ, в том числе хронический гастродуоденит у 78,2%, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь у 37,2%. Во II группу были включены 42 ребенка с БА без патологии ВОПТ. Дети, которые находились в приступном периоде БА, а также те, что имели обострения другой (не ЖКТ) сопутствующей хронической патологии в исследовании не включались. В качестве критериев контроля БА использовались рекомендации Глобальной инициативы по борьбе с БА (GINA, 2015). Уровень контроля оценивался по данным теста контроля над БА у детей (the Childhood Asthma Control Test – C-ACT) и спирографии. Исследование включало анализ анамнестических данных, общеклинических, инструментальных, радиоизотопных и морфологических методов; изучение клинических особенностей течения патологии ВВТТ на БА у данного контингента больных. На основании данных анамнеза заболевания определены медико-биологические и социальные факторы, влиявшие на развитие патологии ВВТТ у детей с БА. Статистическую обработку проводили с помощью методов вариационной статистики, реализованных в пакете прикладных программ "STATISTICA 6.1".

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст детей I группы составил $12,7 \pm 0,4$ лет, во II группе – $11,4 \pm 0,5$ лет, ($p < 0,1$). В I группе преобладали лица мужского пола (74,4%), в то время как во II группе соотношение мальчиков и девочек существенно не отличалось (52,4% и 47,6% соответственно). Средняя длительность заболевания БА у детей I группы была достоверно выше, чем у детей II группы ($6,8 \pm 0,46$ лет против $3,9 \pm 0,48$ лет, $p < 0,05$). При этом длительность заболевания БА более 3-х лет отмечалась у 83,3% детей I группы и 52,4% детей II группы ($p < 0,01$). В целом, при длительности заболевания до 3 лет частота поражений ВОПТ составила 39,4%, в то время как при более чем 3-летнем стаже болезни – 84,4% ($p < 0,01$). Особенностью заболеваний ВОПТ у больных с БА стала высокая частота поражений слизистой оболочки пищеварительного тракта органического характера (92,3 %) и наличие поражений нескольких отделов пищеварительного тракта ($76,9 \pm 4,8$ %). По результатам эндоскопического исследования деструктивный характер изменений слизистой оболочки ВОПТ был у 43,6 % детей с БА. При морфологическом исследовании у половины детей выявлены эрозивные изменения слизистой оболочки 12-перстной кишки, в каждом третьем случае отмечались эрозивные изменения слизистой оболочки пищевода и каждый пятый ребенок имел эрозивные поражения 2-х и более отделов слизистой оболочки ЖКТ.

Кроме того, частота выявления патологии ЖКТ зависела от тяжести течения БА. Так, среднетяжелое и тяжелое персистирующее течение БА, требующее назначения длительной гормональной базисной терапии, имело место у 82% детей I группы и у 62% детей II группы ($OR=2,8$, $RR=1,33$, $\chi^2=4,88$, $p=0,027$). Тяжесть течения БА и длительность заболевания определяли не только частоту, но и степень поражений слизистой ЖКТ. Функциональная диспепсия встречалась только при интермиттирующей и легкой персистирующей БА, в то время как, у детей со среднетяжелой и тяжелой персистирующей БА в 52,9% диагностировались деструктивные поражения слизистой ВОПТ. Частота деструктивных поражений слизистой оболочки ЖКТ возрастала при увеличении длительности заболевания БА свыше 3-х лет ($OR=3,65$, $RR=2,62$, $\chi^2=4,3$, $p=0,038$) и при среднетяжелом и тяжелом течении БА ($OR=13,84$, $RR=10,04$, $\chi^2=7,5$, $p=0,0071$).

При наличии патологии ЖКТ контроль симптомов БА был хуже. Так, полный контроль симптомов БА на фоне базисной терапии отмечался только у 16,7% детей I группы, в то время как у детей II группы в 52,4% случаев ($p < 0,01$).

Сравнительный анализ параметров контроля БА показал, частота дневных симптомов БА у детей I группы достоверно не отличалась от показателей II группы, в то время как частота ночных симптомов БА у детей I группы была достоверно выше, что сопровождалось повышенной потребностью в β_2 -агонистах короткого действия. Лечение патологии ВВТТ у больных БА сопровождалось увеличением количества детей с полным контролем над симптомами БА. Так, непосредственно после окончания лечения полный контроль отмечался у 35% детей I группы с тенденцией к увеличению к 6 месяцу до 47%. Положительная динамика параметров контроля симптомов БА отмечалась, прежде всего, за счет снижения частоты дневных и ночных симптомов, уменьшение дополнительного использования β_2 -агонистов короткого действия.

Выводы. Приведенные выше данные позволяют говорить о высокой частоте поражений ВОПТ у детей с БА (65%). По мере нарастания тяжести и длительности БА, возрастает частота и степень тяжести поражений слизистой ЖКТ. Наличие патологии ЖКТ сопровождается более тяжелым течением БА с низким уровнем контроля ее симптомов по сравнению с детьми с БА без патологии органов пищеварения. Таким образом, реабилитационная программа детей с БА должна быть дополнена своевременной диагностикой и лечением патологии ЖКТ, что позволит снизить число детей с контролируемым течением БА.

Литература

1. Антипкин Ю.Г., Чумаченко Н.Г., Уманец Т.Р., Лапшин В.Ф. Аналіз захворюваності та поширеності бронхіальної астми в дітей різних вікових груп по регіонах України // Перинатологія і педіатрія. 2016. №1 (65). С.95-99. DOI: 10.15574/PP.2016.65.95
2. Беш Л.В. Особливості перебігу і лікування бронхіальної астми у підлітків // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2013. № 9-10 (68-69). С. 28-33.
3. Боднарчук В.О. Бронхіальна астма і гастроэзофагеальний рефлюкс у дітей: можливості контролю // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. 2010. № 3. С. 84-13.
4. Геппе Н.А. Бронхиальная астма и инфекции у детей: есть ли связь? // Аллергология и иммунология. 2013. № 1. С. 9-10.